15

Sonderabdruck aus „Allg. Med. Central-Zeitung“, 1906, No. 28.

Kritische Betrachtungen auf dem Gebiete der Therapie Gallensteinkranker.

Von
Dr. C. B. Schürmayer (Berlin).

I. Ist die Cholecystectomie „eine völlig unschädliche Operation?
Eignet sie sich als „Normaloperation“?

Auf keinem Gebiet des ärztlichen Handelns gehen die subjectiven Ansichten so weit auseinander, wie auf dem der Therapie der Gallensteinkranken! Wohl auf keinem Felde waren die Grundanschauungen einem derartigen Wechsel unterworfen, und selten hat sich die Inconstanz der Ansichten als das allein Constante erwiesen, wie es hier der Fall war und ist.

Neuerdings macht sich in Bezug auf klinisches Handeln bei einigen Vertretern der chirurgischen Richtung ein Nihilismus geltend, wie er in den schlimmsten Zeiten nicht vorhanden war.

„Bett“ und „Thermophor“ — das ist alles, was die klinische Wissenschaft in's Feld führen kann, so meint wenigstens Kehr[1]) in seiner letzten Arbeit. Nach ihm bilden „Ruhe und Wärme die beiden Grundpfeiler, auf das sich das Gebäude der internen Behandlung der Cholelithiasis aufbaut. Alles andere, vor allen Dingen die Arzneibehandlung ist schmückendes Beiwerk.“[2])

Auch die s. Z. seitens Kehr auf der Naturforscherversammlung in Karlsbad so sehr anerkannte balneologische Componente[3]), die sich in der Stellung der Alternative „Hie Karlsbad — Hie Operation“ ausdrückte, scheint eine weitgehende Abschwächung erlitten zu haben, wie denn die Balneotherapeuten Karlsbads an sich mit einem Verdachte belastet werden, der sich — wenn auch nur in Bezug auf die Einzelleistung der Karlsbader Quellen — „Steinabgang“ — in folgenden Worten ausdrückt:

---

[1]) Kehr: Die interne und die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. Teilweise gehaltener Vortrag im Kaiserin Friedrichhause zu Berlin. München 1906, Lehmann.
[2]) Ebenda, S. 48.
[3]) Rückblick über 240 Gallensteinoperationen. Münch. med. Wochenschrift, 1902, No. 41—43. Auch „teilweise gehalten“.

„Und merkwürdiger Weise, in Karlsbad selbst werden die Kranken in diesem Glauben nur bestärkt, obgleich wohl kaum ein Karlsbader Arzt an diese Wunderkraft der böhmischen Thermen glaubt!“ [4])

Die weitere Kritik, die der Karlsbader Kur als solcher zu Teil wird, bestätigt einwandsfrei, daß auch dieser „Hauptpfeiler“ der klinischen Therapie der Gallenstein-leidendenden bei Kehr zum Wanken gekommen ist, demnach sein Reichtum an „internen Maßnahmen“, mit denen nach heutigem Regime seinerseits 50 pCt. der Fälle beglückt werden, sehr eng beisammen zu sein scheint!

Diese Unbelesenheit auf dem Gebiete operationsloser Therapie der Cholelithiasiskranken wird compensirt durch unberechtigte Lobeserhebungen in Bezug auf gewisse chirurgischen Eingriffe, denen die ihnen zugeschriebenen Eigenschaften entweder gar nicht oder nicht in diesem Umfange, auf keinen Fall in dieser Verallgemeinerung zukommen.

Als Vertreter der beiderseitigen Behandlungsregime[4]), des klinischen wie chirurgischen, bei Gallensteinkranken, sehe ich mich veranlaßt, diese Einseitigkeiten auf das richtige Niveau zu stellen, um die Collegen vor denjenigen Enttäuschungen zu bewahren, wie sie sich aus einseitig euphemistischen Darstellungen erfahrungsgemäß zu ergeben pflegen.

Ohne den Kehr'schen „Record“ von 3000 untersuchten Gallensteinkranken überbieten zu wollen, muß ich der Objectivität wegen feststellen, daß mein Untersuchungsmaterial dasjenige Kehrs bei weitem übersteigt; die Zahl der meinerseits klinisch Behandelten aber überwiegt die seitens Kehr zum Gegenstande chirurgischen Handelns gemachte um das Doppelte.

Unter diesen Fällen greife ich heute nur 30 heraus, die schon ein- bis viermal die Segnungen einseitig chirurgischen Handelns hinter sich hatten, die aber wegen eingetretenen Recidives nach drei Monaten bis nach drei Jahren meine Klinik aufsuchten.

Darunter befinden sich solche, die von Kehr operirt und als „durch Operation geheilt“ beschrieben sind, so daß ein Vergleich ganz einwandsfrei vorgenommen werden kann und muß.

---

[4]) Ebenda, S. 44. Vergl. hierzu Fink: Erfolge der Karlsbader Kur. Wien 1903, Capitel „Steinabgang“, Seite 27: „Eine genaue Beobachtung führt zur Erkenntnis, daß die Ausstoßung von Concrementen (durch die Karlsbader Kur) erfolgt.“ („Steinabgang in 24,50 pCt. der Fälle“!!!) Die Kehr'sche Behauptung, ich sei „aus dem edlen Kreis der Chirurgen ausgeschieden“ ist freie Erfindung!

Die z. T. allerdings recht euphemistisch gehaltenen Krankengeschichten und der Operationsbericht Kehrs geben eine feste, unverrückbare Basis zu meinen Betrachtungen.

Ich beginne heute mit der Kritik einer der neuesten operativen Eingriffe, „neu“ insofern, als er berufen erscheint, die „gangbare“ Universaloperation zu werden, nämlich mit der Cholecystectomie, der radicalen Entfernung der Gallenblase.

Ueber diese Operation, die Cholecystectomie, oder allgemein „Ectomie“ genannt, giebt Kehr folgendes Urteil ab:

„Die Furcht, daß durch die Fortnahme der Gallenblase der Organismus irgendwie geschädigt wird, ist völlig unbegründet! Ich habe in keinem einzigen Falle — bei mehr als 400 Ectomien — irgend einen Schaden für den Organismus entstehen sehen. Noch nicht einmal auf den Appetit und die Verdauung hat die Entfernung der Gallenblase eine dauernde schädliche Wirkung.“ [5])

Ehe ich die von Kehr ectomirten, in meiner Klinik behandelten Fälle näher betrachte, will ich ganz allgemein aus der Litteratur Beweise dafür erbringen, daß nach dem, was von berufener Seite schon vor Jahren gesagt wurde, ein gewisser Skepticismus bei der Beurteilung der „Ectomie“ gerechtfertigt erscheint.

Kümmell [6]) hat u. a. im Jahre 1890 sich auf Grund seiner im Hamburger Krankenhause gesammelten Erfahrungen folgendermaßen geäußert:

„Dasjenige Operationsverfahren, welches seit den Empfehlungen durch Langenbuch . . . den Rang streitig macht, ist die Totalexstirpation der Gallenblase, die Cholecystectomie.

Wenn wir mit Langenbuch annehmen, daß die Steinbildung in der Gallenblase selbst vor sich geht, so würde mit der Entfernung der letzteren das Uebel in radicaler und schneller Weise beseitigt werden, die Methode zum Ziele führen.

Indessen hat sich in letzter Zeit die Anschauung Bahn gebrochen, und es ist dieselbe durch eine Reihe von positiven Beobachtungen bestätigt, daß nicht nur die Gallenblase die Bildungsstätte der Steine ist, sondern auch die Gallengänge zur Entstehung derselben Veranlassung geben können. Im Verlaufe von wenigen

---

[5]) Kehr: l. c., Seite 96.

[6]) Kümmell: Zur Chirurgie der Gallenblase. Deutsche med. Wochenschrift, 1890, No. 12.

Jahren, in denen man diesem letzteren Punkte größere Aufmerksamkeit gewidmet hat, sind fünf sichere und zwei höchst wahrscheinliche Fälle von Lebergallensteinen beobachtet. Ich erinnere an die Mitteilungen von Körte, Hirschberg, Sendler, Thornton, Braun, Couvoisier u. A. Die Gefahr für einen seiner Gallenblase beraubten Menschen ist dadurch eine sehr große, daß ein sich im Lebergallengange bildender und tiefer tretender Stein zum Verschlusse des Ductus choledochus mit nachfolgenden cholämischen Erscheinungen führen könnte. Die Eröffnung eines Notventiles, wie die Anlegung der Gallenblasenfistel, wäre ja natürlich ausgeschlossen."

Schon bei der ersten Discussion der Langenbuchschen Operation [7]) wurden sämtliche Einzelpunkte berührt und darauf hingewiesen, daß offenbar der Organismus sein Bestreben dahin geltend mache, den Ausfall des Reservoires für Galle durch Ectasie der angrenzenden Gallenwege oder Erweiterungen des Stumpfes auszugleichen.

Die Gegenwart unter dem Einflusse der Erfolge rein manuellen Handelns hat wenig Verständnis für physiologische Dinge bezw. für Correctionsvorgänge im Körper, die auf physiologische Momente hindeuten.

Trotzdem wissen wir heute, daß fast ständig sich ein neues Reservoir, d. h. eine neue, wenn auch nur rudimentäre Gallenblase bildet. Das läßt doch darauf schließen, daß die Bildung und die Ausfuhr der Galle nicht gleichmäßig in kleinen Mengen fort und fort erfolgt, sondern, daß es in den Gallenwegen zeitweise zur Herausbildung von „Eruptionswellen" von Galle kommt, die doch allein die Veranlassung zu den bisher gesehenen und beschriebenen „Ectasien" sein können.

Nach den hydrostatischen und hydrodynamischen Gesetzen läßt sich der Schlußeffect nicht anders erklären.

Nach meinen weitgehenden physiologischen Experimenten komme ich nun auch zum Schlusse, daß es thatsächlich periodische Wellen sind, die sich in den Gallenwegen, entsprechend dem mehrmals am Tage schon physiologisch sich ändernden Secretionsdrucke, beobachten lassen.

Versuche an Tieren wie Menschen haben dies längst nahegelegt, aber angesichts der Leugnung dieser Thatsachen — die bequemste Form der Hinwegräumung gegne-

---

[7]) Langenbuch: Außer dem betr. Sitzungsberichte der Berliner med. Gesellschaft vom Jahre 1892 vergleiche Lindner: Ueber Operationen an der Gallenblase. Berliner klin. Wochenschrift, 1892, No. 11.

rischer Beweismittel — muß hierauf mit allem Nachdruck hingewiesen werden.

Sodann steht es andererseits fest, daß verschiedene Momente während des physiologischen Verdauungsactes momentan steigernd auf den Secretionsdruck, d. h. also momentan steigernd auf die Arbeitsleistung der Galle producirenden Leberzellen wirken.

Das weiß der Gallensteinleidende selbst am besten und er kennt die nicht bekömmlichen Speisen, d. h. diejenigen, die durch Erhöhung des Secretionsdruckes u. a. ihm Beschwerden, Koliken oder Icterus bereiten.

Ein Beispiel ist die schwankende Reaction des aus dem Magen tretenden Speisebreies, der, je höher der Säuregehalt, um so kräftiger „cholagog" wirkt, wenn eine Gallenblase vorhanden ist, um so kräftiger cholagen und cholagog, wenn die Blase fehlt.

Bei vorhandener Gallenblase kann man beim Touchiren der Papille mittels verdünnter Salzsäure an größeren Versuchstieren beobachten, daß ein Gallenstrom fontänenartig ausgestoßen wird. Hiermit schon sind wir auf das Gebiet der Cholagoga gekommen, deren Existenz, nebenbei bemerkt, Kehr leugnet.

Da diese Leugnung aber eine völlig haltlose subjective Ansicht bedeutet, die mit allem im Widerspruche steht, was Tierexperimente und Klinik an Wissen zusammengetragen haben, so erscheint es zwecklos, eine Widerlegung vorzunehmen.

Vielmehr rechnen wir mit der experimentell festgestellten Thatsache, daß eine Reihe von Arzneimitteln, ebenso wie es gewisse Nahrungs- und Genußmittel thun, ganz auffallend stark den physiologischen Gallenfluß beeinflussen.

Es bedarf auch nur eines flüchtigen Blickes in die grundlegende Arbeit von Rörig, um neben dem Einflusse der Verdauung, der vermehrten Darmesecretion etc. auf die Gallenabsonderung auch denjenigen von Abführmitteln und anderen pharmakodynamischen Factoren einwandsfrei bewiesen zu sehen.

Ja, so fein reagirt der Organismus, daß es schon in diesen grundlegenden Versuchen möglich war, auch Mittel zu finden, die das Gegenteil hervorrufen.

Rörig[8]) äußert sich hierüber wie folgt:

---

[8]) Rörig: Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Gallenabsonderung. Medicinische Jahrbücher, 1873, H. 2.

„Neben den oben angeführten, die Gallenbildung beeinflussenden medicamentösen Stoffen haben mich noch andere beschäftigt, welche die Gallenbereitung stören, den Gallenfluß erniedrigen.“

U. A. hat Kuhn[9]) hierauf seine „Theorie von der Spülung der Gallenwege“ basirt und in mehreren Abhandlungen Beweismaterial dafür erbracht.

In den gangbaren Werken der Internen über dieses Thema nimmt das Capitel „Cholagoga“ stets einen mehr oder minder großen Raum ein, so daß man behaupten darf, ein Kampf gegen Cholagoga heißt ein solcher gegen Windmühlen![10])

Aus alledem ergiebt sich die Thatsache, daß Gallenbildung und Gallenausstoßung in den Darm (cholagene und cholagoge Etappen wie ich mich s. Z. ausgedrückt habe) **physiologisch ebenso vorkommen und Regel sind, wie ein Stadium des Gallenmangels** (Cholapenie, cholastytisches Stadium: Schürmayer), **durch physiologische Ruhe im cholapoetischen Apparate.**

Welchen Einfluß nun hat die Cholecystectomie auf diese physiologischen Momente?

Auf Grund meiner Beobachtungen an denjenigen Fällen, die zum Teil Kehr als geheilt entlassen in seiner „Technik der Gallensteinoperationen“ noch 1905 beschreibt, während diese Kranken in ganz elendem Zustande, der eine schon 1904, meine Klinik aufsuchten, kann ich Folgendes sagen:

I. Zweifelsohne macht sich am Verdauungstractus das Fehlen der disponiblen größeren Gallenmengen nachteilig und schädlich geltend, indem:

a) eine hohe Reizbarkeit des Magens, zum Teil Brechreiz, bei jeder höheren Magenleistung eintritt;

b) die Leistungsfähigkeit des Magendarmtractus sehr herabgesetzt ist, so daß solche „geheilten Kranken“ zeitlebens bei knappster Diät und ständiger Selbstüberwachung ihr Dasein fristen müssen;

c) zum Teil so hochgradige Verstopfung permanent ist, daß im einen Kehr'schen Falle während der

---

[9]) Kuhn: Durchspülung der Gallengänge zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Therapeutische Monatshefte, 1903, Märzheft. Austreibung der Gallensteine durch Spülung. Münch. med. Wochenschrift, 1903, No. 39 ff.

[10]) Vergl. hierzu u. A. Quincke und Hoppe-Seyler: Die Krankheiten der Leber. Nothnagels Handbuch, Band 18. Kittsteiner: Krankheiten der Leber und Gallenwege. Leipzig 1904, S. 18 ff.

Behandlungszeit in meiner Klinik mehrmals die Gefahr bezw. die Anzeichen einer Obturation so intensiv auftraten, daß mit der Möglichkeit eines diesbezüglichen Eingriffes gerechnet werden mußte;

d) daß die Stühle ständig äußerst hart und fest waren, ganz hell, bei nur geringen Mengen von Hydrobilin, dem Umwandlungsproducte der Gallenfarbstoffe im Darme, die physiologischer Weise dem Kote seine natürliche Farbe geben;

Aus dem folgt, daß demnach in diesem Falle die „geheilte" Patientin an „chronischer Cholapenie" litt, ein Zustand, der sich einwandsfrei aus den eingehenden Untersuchungen der Fäcalien ergab.

Die Leber selbst und ihr Stoffwechsel war in folgender Weise nachteilig alterirt:

a) Seit Jahren bestanden im Anschlusse an die Operation locale Schmerzhaftigkeiten, die sich röntgodiagnostisch als locale Schwellungen feststellen ließen.

b) Der Charakter dieser „localen Schwellungen" war der von örtlicher chronischer Choleangitis, meines Erachtens infolge fortwährender Reizung des Leberparenchyms bei fortwährender Arbeit.

c) Hierfür spricht eine ganz eigenartige Form von Icterus, die sich constant zeigte.

Patientin wechselt nach Stunden ihre Farbe, vom leichtgelben bis zum natürlichen Colorit; hatte sie eine nach Sachlage relativ zu schwere Kost erhalten, sofort trat geringe Verfärbung der Sklera ein. Geriet die psychisch sehr labile Kranke wegen irgend einer Kleinigkeit — Versehen der Wartung etc. — in Erregung, eine halbe Stunde später war die Orangefarbe vorhanden.

Auf Grund der Beobachtungen an anderen Kranken und dem Erfolge der therapeutischen Maßnahmen bin ich geneigt, diesen Zustand als functionelle Schwäche infolge von Ueberanstrengung der Leber durch Mangel der physiologischen Regulirung der normal intermittirenden Gallensecretion anzusehen.

Die oben beschriebenen Charaktere des Stuhles sprechen ebenfalls dafür.

Ueber die Therapie vergleiche die diesbezügliche, demnächst in den „Therapeutischen Monatsheften" erscheinende Publikation [11]); darauf einzugehen ist nach dem gewählten Thema hier nicht der Ort.

---

[11]) Schürmayer: Die Bedeutung der physikalischen The-

Es ist demnach unrichtig, daß die Cholecystectomie noch in keinem Falle Nachteile gezeitigt hat; schon in **physiologischer Hinsicht** machte dieselbe dagegen — auch an denjenigen Fällen, die Kehr selbst operirte — sehr schwere Störungen normaler Functionen.

Ganz absehen will ich von den „gewöhnlichen" Nachteilen, die aus Fistelbildung, Spannung der Wundflächen, Diastasen etc. etc. hervorgehen.

Dagegen verdienen andere, aus der Technik hervorgehende Momente noch Beachtung; ich sehe von der langen Dauer, Blutung etc. ab, hebe aber Folgendes hervor:

Die Cholecystectomie, vereint mit der Hepaticusdrainage macht es nötig, „einen recht breiten Wundtrichter" zu schaffen, der sich später mit Narbengewebe, also starrem Bindegewebe füllen muß. Durch diese Bindegewebsstränge aber wird der untere Leberrand völlig fest mit der Bauchwand verlötet; die physiologische respiratorische Verschiebung der Leber von unten nach oben fällt weg.

Nun habe ich vor Jahren schon gezeigt[12]), daß diese respiratorische Verschiebung der Leber eine Conditio sine qua non ist dafür, daß keine Gallenstaunngen in den Gallenwegen eintreten.

Physiologisch betrachtet, stand dies längst fest, und kein über diesbezügliche Kenntnisse Verfügender wird leugnen wollen oder können, daß die ausgiebige respiratorische Verschiebung der Leber den Gallenfluß unterhält und regulirt.

An einem Materiale von gegen 4000 Patienten habe ich im Laufe der Jahre, von ganz gleichmäßigen Bedingungen der Untersuchung[13]) ausgehend, nachweisen können, daß die ausgiebige respiratorische Verschiebung der Leber auch klinisch das Zeichen des Wohlbefindens, der Mangel einer solchen aber der Anfang und die Vorbedingung für Leberstasen, gleichbedeutend mit den Anfängen der Cholelithiasis ist und bleibt.

Uebrigens hat man es im Tierexperimente völlig in der Hand, den Ausfluß der Galle aus einer in die Gallen-

---

rapie nach operativen Eingriffen bei Gallensteinkranken. Therap. Monatshefte, 1906.

[12]) Derselbe: Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der Gallensteinkrankheit. Allg. med. Centralzeitung. 1904, No. 14. Deutsche Medicinalzeitung, 1904, No. 48. Vortrag, gehalten auf der Versammlung Deutscher Balneologen in Aachen, 1904. Berichte der Hufelandischen Gesellschaft, 1904.

[13]) Derselbe: Die normale und pathologische Zwerchfellatmung im Röntgenbilde. Röntgencongreß, 1905. Berichte S. 211 ff.

wege gebundenen Canüle zu variiren, je nachdem man mehr oder minder ausgiebige künstliche Atembewegungen macht. Ja, der bereits sistirte Gallenfluß infolge zu weit gehender Narkose des Versuchstieres ist jeder Zeit wieder herzustellen durch künstliche Atmung, und selbst beim Eintritt der Agonie kann man, entsprechend der Eintreibung von Luft in die Lunge, einen künstlichen Gallenfluß noch kurze Zeit erhalten, auch wenn die Herzaction nachgelassen hat.

Wiederum lehrt die klinische Erfahrung, d. h. der hohe Einfluß der Atemgymnastik, von welcher Bedeutung dieser Act für die Ausscheidung der Galle ist.

Normaler Gallenfluß aber ist das beste Gegenmittel gegenüber der gefürchteten „Residualgalle“, welchen Ausdruck ich allgemein für „Stauungsgalle“ gebrauche.

An der Hand der Kehr'schen Schemata für das Aussehen der genannten Wundtrichter einerseits und an der Hand meiner röntgologischen Befunde andererseits konnte ich nun in den Kehr'schen Fällen feststellen, daß eine hochgradige Einschränkung der Excursionsbreite der respiratorischen Verschiebung der Leber nach der Operation bestand.

Nach Erklärungen für den stets wechselnden, wenn auch geringen Icterus suchend, muß ich auf Grund meiner Anschauungsweise auch diese eingeschränkte Respiration mit heranziehen und für den ungünstigen Zustand verantwortlich machen.

Berechtigung hierzu giebt mir ferner der Umstand, daß nach „Compensation“ dieses Functionsausfalles durch methodische Gewöhnung des Zwerchfelles an Verschiebungen in anderen Quadranten — beispielsweise im lumbalen Teile — nicht allein der Gallenfluß ein besserer wurde, sondern auch subjective Besserung zu erzielen war, so daß der eine Patient nun bereits seit zwei Jahren seine „postoperativen Schmerzen und Beschwerden“ los ist, während eine zweite aus der Kehr'schen Klinik nunmehr $1^1/_2$ Jahr nach Angabe des Ehemannes, eines Collegen, gesund erscheint!

Angesichts dieser Thatsachen erscheint es als unberechtigt, die Röntgentechnik als „einen Wust von Phantasien“ [14]) zu bezeichnen, als „kritiklose Anschauungen“, als „Windmühlen à la Don Quichote“.

[14]) Kehr: Technik der Gallensteinoperationen. 1905. S. 44 ff. und die interne und operative Behandlung der Gallensteinkrankheit. S. 74 ff.

Ebenso unberechtigt ist es, diese Patienten als „durch Operation geheilt“ zu bezeichnen und „interessante Fälle“ mit noch einer „Kolik“ in wissenschaftlichen Werken aufzuführen, dies als Beweis für die Zweckmäßigkeit bezw. Unschädlichkeit der Cholecystectomie! Ebenso unberechtigt ist es auch, unliebsame Gegenzeugen als inferiore „Kurpfuscher zu bezeichnen und sowohl die thatsächlichen Mißerfolge der Cholecystectomie und ihre Schädlichkeit für die physiologische Thätigkeit der Leber in diesen Fällen zu übersehen.

Wenn aber, wie geschehen, den praktischen Aerzten in Fortbildungscursen derartige falsche Anschauungen als „Fortschritte der Wissenschaft“ vorgetragen werden, dann ist es meines Erachtens die Pflicht Anderer, ihre eigene Erfahrung denen von Leuten entgegen zu halten, die in der glücklichen Lage sind, über soviel Zeit zu verfügen, daß sie jede ihrer Handlungen an das Licht der Oeffentlichkeit ziehen können, die offenbar von der Ansicht beseelt sind, daß im „Record der Fälle“ im „Record der Publikationen“ der Ausdruck bezw. Maßstab für „Können“ liege!

Zum Thema zurückkehrend können wir demnach constatiren, daß die s. Z. von den verschiedensten Richtungen her ausgehenden Bedenken bei Beurteilung der Cholecystectomie keine bloßen Wahnvorstellungen waren, noch sind!

Es weisen thatsächlich, wie schon Lindner[15]) betonte, physiologische Erwägungen darauf hin, „daß der Ausfall der Gallenblase im Haushalte des Organismus nicht ganz spurlos vorübergehen kann“.

Ebenso beachtenswert ist, was Trendelenburg s. Z. durch Grüttner[16]) sagen ließ: Verstopft sich nachträglich der Ductus choledochus durch einen in den Gallengängen gebildeten Stein, so steht man ebenso complicirten Verhältnissen gegenüber.“

Auch Körte[17]) betonte noch 1895:

„Ein Hauptgrundsatz in der Chirurgie ist aber der, daß ein Organ, welches erhalten werden kann, nicht ohne Not entfernt werden soll, auch wenn dies technisch möglich ist . . . Ferner ist festzuhalten, daß auch in den Gallengängen Steine entstehen können.“

Andererseits bleibt Thatsache, was Barden-

---

[15]) Lindner: Vergl. 6.

[16]) Grüttner: Ueber Gallensteinchirurgie. Dissertation. Bonn 1889.

[17]) Körte: Eulenburgs Realencyklopädie. 11. Auflage. 1895, Band 8, Capitel Gallensteinkrankheit.

heuer[18]) durch die Stauff'sche Dissertation ausdrücken ließ:

„Es ist also aus dem bisher Gesagten zu ersehen, daß die Behauptung Langenbuchs, daß die Exstirpation der Gallenblase eine ebenso ungefährliche, wie leichte Operation sei wie die Incision derselben etc., absolut nicht so ohne Weiteres zu acceptiren ist."

Nach dem Gesagten wird es keinem Zweifel unterliegen, daß die Cholecystectomie niemals „die normale" Operationsweise bei Gallensteinleiden bezw. dessen einzelnen Formen sein kann, noch wird, noch das „regelmäßige Verfahren".

Die Indicationen ergeben sich aus dem Vorstehenden und decken sich heute noch mit denen, wie sie Rose[19]) s. Z. aufstellte. „Die Cholecystectomie, die Exstirpation der Gallenblase, wird sich wohl in den meisten Fällen vermeiden lassen, in denen es sich nicht um bösartige und wandständige Degenerationen handelt."

Andererseits lassen sich für operative Eingriffe allerdings keine strieten Regeln geben, und häufig macht man einen anderen Eingriff, oder muß ihn machen, als er beabsichtigt war.

Immer entscheidet die Sachlage, aber wenn ein College mir schreibt „Cysticusstein, klein, Gallenblase adhärent am Pylorus! daher Cholecystectomie unumgänglich" so muß ich diese und ähnliche Indicationsstellung als etwas „präcox" bezeichnen.

Andererseits ist es unrichtig, daß es nur, wie Kehr meint, zwei Operationsmethoden giebt, die Zweck haben, doch davon andererorts! Riedel scheint mir die Bedürfnisse des Arztes besser zu kennen, insoweit praktische Vorschläge für Operationsmethoden in Betracht kommen; ich halte daher die ausfallende Kritik Kehrs über denselben zum Teil für an den Haaren herbeigezogen.

Eigentümlich berührt es denjenigen, der seit Jahren die chirurgische Litteratur kennt, wie sich Kehr heute dagegen verwahrt, mit Riedel zusammen genannt zu werden! L. Kuttner[20]), dem wie jedem möglich, diese Zusammenstellung bei Besprechung der Indicationen unterlief, wird in eingehender Weise eines Besseren belehrt.

Und doch liegt diese Zeit übereinstimmender Forde-

[18]) Stauff: Ist die Exstirpation der Gallenblase in Wirklichkeit die ungefährlichste der Laparotomie? Dissertation. Köln 1895.

[19]) Rose: Beiträge zur conservativen Chirurgie: Die conservative Chirurgie der Gallenblase und das Sondiren der Gallenwege. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 31.

[20]) Kuttner: Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung. 1904, No. 8.

rungen gar nicht so weit zurück, trotz des Artikels Kehr in der „Münch. med. Wochenschrift“ von 1903.

Auch Fink [21]) wendete sich s. Z. in einem Aufsatze gleichzeitig gegen Riedel und Kehr; andererseits ist es bei dem Umfang der heutigen Litteratur unmöglich, sich durch geführte Listen davon zu überzeugen, wann ein Autor gegen früher vertretene Ueberzeugungen nunmehr selbst Front macht. Ich stehe im allgemeinen nicht auf dem Riedel'schen Standpunkte der Frühoperation, muß vielmehr, gleich Fink, „vom internen und chirurgischen Standpunkte aus“ das Wort ergreifen, wenn es sich um Therapie bei Gallensteinkranken handelt! Aber mir machen die consequent fortgeführten Beweisführungen Riedels [22]) mehr Vertrauen, als die stets schwankenden vor allem Kehrs! Wiederum sehe ich bei und nach anderen Operationen, so bei und nach der Cholecystostomie mehr Gelegenheit gegeben, den Patienten bezw. seine Gallenwege und deren Function mittels weiterer Factoren zu beeinflussen, als dies bei und nach der Ectomie möglich ist.

Andererseits fallen bei der „combinirten Therapie“, d. h. bei der Vereinigung anderer Heilfactoren, auch mit dem chirurgischen Eingriffe die so schwarz gemalten Gespenster, wie septische Choleangitis, Pankreatitis, Nekrose des Pankreaskopfes etc. zum Teile weg.

Wer allerdings nur die „Thermophore“ kennt, wird durch seine klinische Behandlung häufig schweren Schaden stiften. Denn für den morphologisch und physiologisch Gebildeten steht es fest, daß Wärme ein Hyperleukocytose erzeugender Factor ist; zwar wirkt diese Hyperleukocytose bis zu einem gewissen Grade günstig, weil die aus den Leukocyten stammenden „Alexine“ den Kampf mit morphotischen und nicht geformten Giften aufzunehmen vermögen. Auf Grund weitgehender diesbezüglicher Versuche und klinischer Beobachtung kann ich dies als bestimmt versichern![23])

[21]) Fink: Zu Riedels und Kehrs Ansichten über Pathologie und Therapie des Gallensteinleidens. Wiener klin. Wochenschrift, 1906, No. 27.

[22]) Vergl. hierzu: Riedel: Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit, Berlin 1892, und Pathogenese, Diagnose und Behandlung des Gallensteinleidens. Penzoldt und Stintzings Handbuch, auch Separatabdruck, Jena 1903.

[23]) Schürmayer: Compendium der Bacteriologie: Die pathologischen Spaltpilze, Capitel Reactionserscheinungen. Leipzig 1898, Seite 24 ff. — Zur Aetiologie des Erysipels und Kenntnis der cellulären Reactionserscheinungen nach Infectionen. Centralblatt für Bacteriologie, 1898, No. 5—6. — Ein Fall von Staphylomykosis des Kniegelenkes. Virchows Archiv f. pat. Anatomie, Bd. 152, Heft 3. — Ueber Vasogene. Vortrag, gehalten auf der 69. Ver-

Andererseits haben Kocher und Tavel[24]) uns schon vor Jahren über diese Vorgänge und ihre Bedeutung für die Chirurgie unterrichtet.

Gehen aber im gegenseitigen Kampfe zu viele Leukocyten unter, dann allerdings wirken ihre „Leichen“ als „Eiterkörperchen“ selbst deletär; dann ist es mit der Widerstandsfähigkeit zu Ende und die septischen Erscheinungen nehmen überhand!

Demnach können „Thermophore“ bezw. deren schablonenhafte Anwendung zu höchst unangenehmen Consequenzen führen, wie es sich schon klinisch oft zeigt, daß der betreffende Patient sich bei Thermophorgebrauch viel schlechter fühlt.

Dagegen besitzen wir beispielsweise im Salzwedelschen Alkoholverbande, der in der Gynäkologie wie in der Chirurgie so Ausgezeichnetes leistete, in der intravenösen Sublimatinjection etc. etc. eine solche Menge von Heilpotenzen, daß wir bei deren Verwendung oft nicht in die Lage kommen, Operationen an den tieferen Gallenwegen vorzunehmen, also auch die verlangten Indicationen zur Cholecystectomie mit Hepaticusdrainage niemals gegeben sehen!

Wiederum wird von der einseitigen Chirurgie ein Umstand gänzlich übersehen, der sich auf den „festen Sitz“, die „Einkeilung“ von Gallensteinen bezieht, die nach dem Erwähnten als Indication zur Ectomie aufgestellt wurden.

Wie kommt es, daß mitunter diese Einkeilung zu fest erscheint, daß wir sie kaum zu überwinden hoffen, daß aber, fassen wir einen Stein mit der Zange, derselbe weiter und weiter nach oben, beispielsweise im Hepaticus rückt? Dies, ohne daß wir starke Kraft anwenden? Wer die schulgerechten Zahlen vom „Secretionsdrucke“ innerhalb der Gallenwege im Kopfe hat, wird da sofort eine „correcte“ Erklärung bereit haben.

Wer in den Gallenwegen die Vorteile und Wirkungen der „localen Anästhesie“ zur Anwendung bringt, der wird am Patienten dasselbe sehen, wie am Tiere, nämlich, das nun, nach Erschlaffung bezw. Erweiterung des betreffenden Gangteiles, der Stein von selbst abwärts rückt.

Andererseits lassen sich die eigenartigen Gesetze, wie sie bei Aufeinandertreffen von Oelen und wässerigen Flüssigkeiten im großen zeigen — Glättung von Wellen, Beseitigung des capillären Wanddruckes etc. — mit bestem Erfolge verwenden, und manche Autoren, die direct Stoffe

---

sammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Braunschweig 1898. — Einfluß endermatischer Einverleibung des Präparates. Deutsche Medicinalzeitung, 1898, No. 6—8.

[24]) Kocher und Tavel: Vorlesungen über chirurgische Infectionskrankheiten, I. Basel und Leipzig 1895.

in Oel gelöst durch den „Spalt“ in die Gallenwege eingeführt haben, sahen in der Wirkung „Steinabgang“ nicht den Ausdruck einer cholagogen Wirkung allein, sondern jenen rein physikalischer Vorgänge dieser Art.

Ich muß mich mit diesen Andeutungen begnügen, erwähne aber diese Grundprincipien, aus denen die Anwendungsform von selbst folgt, um zu zeigen, daß wir mit der rein operativen Technik noch nicht am Ende alles Könnens und Wissens sind, und daß demnach auch am Krankenbette sich mittels einer Reihe von einfachen Hilfsmitteln Verhältnisse schaffen lassen, welche die „Indicationsstellung“ zu Operationen, wie sie als „klassisch“ bezeichnet sind, von Grund aus abändern! Und auch diese Kehrseite muß betrachtet werden, wenn wir von der Zweckmäßigkeit, ja von der Pflicht der Verwendung eines Technicismus reden!

Noch ein Wort über die Adhäsionen! Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß bei weitgehenden Adhäsionen die Ectomie nicht nur nicht ausführbar, sondern direct contraindicirt sein kann.

„In den Fällen, wo feste Verwachsungen der Gallenblase mit der Leber durch häufig vorausgegangene Reizungen oder Perforationen durch Steine vorhanden sind, stößt die Entfernung der Gallenblase auf kaum überwindliche Schwierigkeiten, welche durch die lange Operationsdauer so viele Gefahren involviren, daß es geraten erscheint, unter solchen Umständen der Cholecystostomie den Vorzug zu geben.“ (K ü m m e l l.)

Den Einfluß der verlängerten Operationsdauer im allgemeinen präcisirt übrigens K e h r selbst am besten mit den Worten:

„Dadurch wird die Operation verlängert, die Gefahren steigen und ca. 17 pCt. der Operirten gehen an der Dauer der Operation und an der Schwierigkeit des Eingriffes zu Grunde.“

Was die erwähnten Adhäsionen betrifft, so sieht man sie, d. h. in ihren Folgen, bei der respiratorischen Verschiebung der Organe, zum Teil im Röntgenbilde, d. h. wenn man die nötigen technischen Momente intus hat. Durch die übliche Aufblähung des Magens und Colons bekommt man bisweilen ganz eigenartige Bilder zu Gesicht, deren richtige Verwertung allerdings auch die Indicationsstellung zur Cholecystectomie beeinflussen können.

Aber selbst nach Lösung dieser Adhäsionen mit Ectomie und Hepaticusdrainage werden die „artificiellen Adhäsionen“ so weitgehende, daß auch damit gar nichts gewonnen ist.

Für mich hat beim Capitel „Adhäsionen" das Urteil Czernys[25]) noch heute allgemeine Geltung, wobei ich auch die artificiellen bei Ectomie mit Hepaticusdrainage im Auge habe, wie sie aus dem oben erwähnten „breiten Wundtrichter" hervorgehen müssen:

„Die ausgiebige Tamponade ist wie jede Drainage ein notwendiges, leider oft unvermeidliches Uebel. Sowohl Nabelbrüche als Adhäsionen, Wegsamkeitsstörungen des Duodenums und Colons werden dadurch gefördert."

„Es ist ja ganz interessant, daß Kehr bei seiner Methode der ausgiebigen Tamponade und Drainage manchmal während der Nachbehandlung noch zurückgebliebene Steine herausbekommt. Aber, warum sollen wegen eines Sünders neun Gerechte leiden, bei denen ein einfacher Eingriff mit wenig Gefahr und Unbequemlichkeiten die Heilung in drei Wochen herbeiführt?"

Mit diesem Citate sind wir schon auf das Gebiet der gegenseitigen Abschätzung der Zweckmäßigkeit der Ectomie einerseits, der Cholecystotomie bezw. Cholecystostomie andererseits gekommen, was schon jenseits des Themas liegt.

Immerhin möge abschließend das Urteil Stauff-Bardenheuers hier Erwähnung finden: „Geben wir aus dem Gesagten das Resumé, so kann darüber kein Zweifel obwalten, daß die Annähung der Gallenblase nicht gefährlicher ist, als die einfache Incision, daß die Exstirpation der Gallenblase große Gefahren in sich schließt, und zwar um so größere, je stärker und ausgedehnter die Verwachsungen sind."

Ohne daher gegen die Cholecystectomie als solche zu Felde ziehen zu wollen, halte ich es für notwendig, ihre Indicationsstellung in denjenigen engen Grenzen zu halten, wie sie oben nach Rose festgelegt wurden. Und zwar aus folgenden Gründen, weil:

1. aus der Entfernung der Gallenblase schwerwiegende Abänderungen des Leberstoffwechsels resultiren können und in den von mir beobachteten Fällen thatsächlich hervorgegangen waren;

2. weil in der Technik der Ausführung Momente liegen, die an sich wiederum den vorgenannten, schädlichen Einfluß erhöhen können, und zwar durch Hinzutreten einer mechanischen Componente — Adhäsionen;

3. weil die Ectomie in den von mir beobachteten Fällen nicht im Stande war, „echte Recidive" zu verhindern.

Aus 3. folgt, daß Kehr sachlich im Irrtum ist wenn

---

[25]) Czerny: Ueber Nekrose der Gallenblase. Münch. med. Wochenschrift, 1903, No. 22.

er meint: „Was das echte Recidiv anlangt, so freue ich mich versichern zu können, bisher unter 1111 (!) Operationen keinen einzigen Fall beobachtet zu haben, von dem man mit Sicherheit sagen kann, es handle sich um echtes Recidiv."

Da ich in Bezug auf Kehr nur von „Ectomirten" gesprochen habe, so müßte es also heißen „unter 400 Ectomirten" kein Recidiv!

In einem Falle gingen nachträglich 12 kaffeebohnengroße Steine — weder „Oelklumpen" noch „Verseifungen!!" — ab, in einem zweiten aber grober Schotter.

Zu meinem Leidwesen muß ich daher in Bezug auf die Beurteilung der Statistik der Cholecystectomie mit Hepaticusdrainage in den vorstehenden Fällen dasjenige wiederholen, was ich im allgemeinen anderen Ortes schon gesagt habe, heute in der Fassung:

„‚Sie' schließen ‚Ihre' Statistik damit ab, wenn der überlebende Patient glücklich die Thore der chirurgischen Klinik hinter sich hat".

Zur Sache selbst Folgendes: Wo es heißt das Leben zu retten, da muß der Kranke die Nachteile jeden Eingriffes eben auf sich nehmen und er wird diesen Entgelt für das erhaltene Sein gerne geben! Wo aber die Indicatio vitae bezw. die aus intercurrirenden Zwischenfällen bei der Operation oder unerwarteten Befunden sich ergebende identische Situation nicht besteht, halte ich es für unangebracht, nur deswegen, „weil es leichter geht", eine Cholecystectomie vorzunehmen.

Druck von Carl Marschner, Berlin SW.